

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

N° 426

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

YVES TIZON

Ne à Ducey (Manche), le 1^{er} septembre 1888.

CANCER PRIMITIF
DU MÉAT URÉTHRAL
CHEZ L'HOMME

Président : M. LEGUEU, Professeur

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

N^o 426

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

YVES TIZON

Né à Ducey (Manche), le 1^{er} septembre 1888.

CANCER PRIMITIF
DU MÉAT URÉTHRAL
CHEZ L'HOMME



Président : M. LEGUEU, Professeur

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		NICOLAS.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		WEISS.
Chimie organique et Chimie générale.....		DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		ACHARD.
Pathologie médicale.....	{	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....		TEISSIER.
Anatomie pathologique.....		LEJARS.
Histologie.....		MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....		PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....		N...
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		MARFAN.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LETULLE.
		ROGER.
Clinique médicale.....	{	CHAUFFARD.
		GILBERT.
Maladies des enfants.....		DEBOVE.
Clinique des maladies mentales et des malad ^{ies} de l'encéphale.....		LANDOUZY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		HUTINEL.
Clinique des maladies du système nerveux.....		BALLET (Gilbert).
		GAUCHER.
Clinique chirurgicale.....	{	DEJERINE.
		DELLET.
Clinique ophtalmologique.....		QUENU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		RECLUS.
		HARTMANN.
Clinique d'accouchements.....	{	DE LAPPERSONNE.
		LEGUEU.
Clinique gynécologique.....		BAR.
Clinique chirurgicale infantile.....		PINARD.
Clinique thérapeutique.....		RIBEMONT-DESSAIGNES.
		POZZI.
		KIRMISSON.
		ROBIN (Albert).

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD.	DUVAL (Pierre).	LEQUEUX.	RATHERY.
BERNARD (Léon).	GOUGEROT.	LERI.	REITTERER.
BRANCA.	GREGOIRE.	LOEPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GUENIOT.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (A.).	GUILLAIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	JEANNIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	JOUSSET (A.).	MULON.	SICARD.
CARNOT.	LABBE (Marcel).	NICLOUX.	TERRIEN (F.).
CASTAIGNE.	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT.	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	LANGLOIS.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LECENE.	OMBREDANNE.	
COUVELAIRE.	LENORMANT.	PROUST.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LEGUEU

Chirurgien des Hôpitaux

A MES PREMIERS MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A M. LE DOCTEUR PIERRE MÉNARD

Ancien Interne, Médaille d'or des Hôpitaux de Paris.

Témoignage de ma vive reconnaissance.

A MES PARENTS, A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE

L'épithélioma primitif de l'urèthre, soit chez l'homme, soit chez la femme, a été longtemps considéré comme une affection très rare. Mais aujourd'hui le nombre de cas publiés tant en France qu'à l'étranger, en nous permettant de mieux connaître cette maladie dans ses manifestations cliniques et même d'intervenir par une thérapeutique « si non radicale, au moins satisfaisante », nous oblige à être moins affirmatifs.

Parmi les auteurs qui ont étudié la question, mentionnons pour mémoire et très brièvement les principaux :

C'est à Thiaudière, en 1834, dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, qu'il faut rapporter le premier cas publié de cancer primitif de l'urèthre. Puis vinrent les travaux de Hutchinson, Guyon et Guiard, du professeur Albarran au Congrès de chirurgie de 1894, celui de Carcy dans sa thèse de Paris de 1895, ceux de Preiswerk-English-Peacock, à Londres, du docteur Tanton, en France, etc., pour ne citer que les principaux. Aussi pouvons-nous dire qu'à l'heure actuelle et grâce à ces publications le cancer primitif de l'urèthre est une affection connue.

Il n'en est pas de même, du moins chez l'homme, lorsque cette affection débute au méat urinaire, car chez la femme cette localisation est loin de constituer une rareté, témoins

les nombreux ouvrages publiés à ce sujet, en particulier ceux d'Auvray en 1904, de Boursier en 1908, de Brothers en 1902, Hartmann en 1896, Lahaye en 1888, de Fournier, Mac Murtry, Serph et enfin la thèse de Soullier de 1889. Au contraire, la littérature médicale est muette en ce qui concerne cette affection primitivement localisée au méat urinaire chez l'homme.

Ayant eu la bonne fortune, que nous devons à l'obligeance du docteur Pierre Ménard, de Paris, de recueillir une observation de ce genre, nous avons eu l'idée de pratiquer quelques recherches à cet égard et d'en faire le sujet de notre thèse.

Nous n'avons certes pas la prétention que ces recherches aient été complètes, puisque, malgré tous nos soins, nous n'avons pu découvrir que trois observations bien authentiques de cette affection : deux du docteur Morestin, publiées en 1903, à la Société d'anatomie comme *épithéliomas de la région méatique et juxta-méatique*, et une du docteur Lécène, également à la Société d'anatomie et intitulée *épithélioma chez l'homme ayant eu son point de départ au méat urinaire*. Il n'en est pas moins vrai que le résultat peu fructueux de ces recherches prouve la rareté de la maladie en question.

Aussi sommes-nous heureux de pouvoir, en publiant l'observation qui nous est personnelle et dont on trouvera le détail plus loin, contribuer pour notre part à faire mieux reconnaître cette affection, dont nous avons vainement cherché la description dans nos ouvrages classiques. Mais avant d'en aborder l'étude symptomatologique, essayons, si possible, d'en pénétrer les causes et d'entamer le chapitre si ardu de l'étiologie.

ÉTIOLOGIE

Rechercher les causes probables du développement des tumeurs dans l'organisme, c'est aborder un sujet mal connu, un chapitre bien obscur de la pathologie générale. « Les hypothèses les plus ingénieuses avancées à cet effet sont insuffisantes et leur grand nombre même nous donne la meilleure preuve qu'aucune d'entre elles ne saurait nous satisfaire. »

Cependant, en lisant les observations publiées d'épithélioma primitif de l'urèthre et, en particulier, celle que nous apportons, on est frappé de ce fait que les malades ont tous un passé urinaire fort chargé. Le nôtre, par exemple, contracta plusieurs blennorragies et fut soigné à Necker en 1895, pour un rétrécissement de l'urèthre antérieur. On fut obligé de le dilater ; mais, malgré des séances répétées et prolongées, la miction, à son dire, ne redevint jamais absolument normale. Il avait conscience que le calibre de l'urèthre n'était plus ce qu'il était autrefois et que, par conséquent, le rétrécissement n'avait pas disparu entièrement. Or, Wassermann, à la suite des nombreuses observations qu'il publiait dans sa thèse de Paris, en 1895. ajoutait : « L'épithélioma s'est développé à la hauteur d'un

ancien rétrécissement, c'est-à-dire à un endroit où deux irritations concomitantes ont exercé leur funeste action ; nous pensons à la rétention d'urine et à l'irritation continue d'une vieille cicatrice. »

De fait, le rétrécissement blennorragique est souvent la première étape dans l'histoire de l'épithélioma de cette région.

Sans aller jusqu'au rétrécissement, on peut même dire que la simple uréthrite chronique, la vulgaire goutte m'ilitaire, qui succède le plus souvent à une blennorragie aiguë mal soignée, peut devenir cette cause « d'irritation locale persistante » dont parlait Virchow et qui devait être la première incriminée dans la production des tumeurs épithéliales.

D'ailleurs, toutes lésions traumatiques quelconques, chocs répétés, masturbation produite par intromission de corps étrangers dans l'urèthre et pouvant léser cet organe, toutes les plaies ou ulcérations diverses, même l'herpès récidivant, siégeant sur les lèvres du méat ou la muqueuse méatique, constituent autant de causes irritatives qui, un jour venant, pourront *in situ* provoquer l'apparition de lésions cancéreuses. Paul Soubeyran, dans les *Annales des Organes génitaux urinaires*, juillet 1903, raconte le cas d'un berger, âgé de 64 ans, marié, père de neuf enfants, sans aucun passé, ni blennorragique, ni syphilitique, chez lequel il avait porté le diagnostic d'épithélioma primitif de l'urèthre antérieur et qui avouait des habitudes de masturbation avec des brins de paille qu'il s'introduisait dans l'urèthre.

N'a-t-on pas vu le cancer se développer sur une simple

petite verrue ? Ollivier et Clunet, à la Société d'Anatomie, décembre 1907, rapportent le cas d'un malade, atteint d'épithélioma de l'urèthre, qui, quelques années auparavant, avait eu de simples petits boutons sur la verge, boutons qui furent le point de départ d'une lésion cancéreuse.

« L'inflammation chronique débute, dit Hallé ; elle se complique bientôt de transformation épidémique de l'épithélium. Cet épithélium pathologique peut être à son tour le point de départ d'un cancroïde ; mais il existe, entre la simple lésion inflammatoire de surface et le cancroïde, lésion maligne et profonde, des altérations intermédiaires. » Cependant, il faut le reconnaître, si la blennorragie, si les irritations diverses dont nous venons de parler, sont parfois le point de départ d'un épithélioma, il est bien des cas où le néoplasme se greffe sur un canal antérieurement sain et vierge de toute inflammation. Comment expliquer alors le développement de l'affection ? C'est là qu'il faut faire intervenir cette prédisposition certaine et particulière à chaque individu, à laquelle faisait allusion Conforti quand il disait, à l'encontre de la plupart des auteurs : « La blennorragie et le traumatisme n'ont aucune importance dans l'étiologie du cancer de l'urèthre ; la véritable étiologie réside uniquement dans des circonstances spéciales réalisant la transformation pathologique de l'épithélium d'un urèthre même antérieurement sain. »

Quant à English, il admettait à la fois et la prédisposition certaine et l'action de l'irritation chronique.

Le docteur Tanton disait : « Le point de départ de l'épithélioma se trouve, ou bien dans des vestiges embryonnaires, ou bien dans des transports traumatiques de cel-

lules épithéliales, ou bien dans une transformation sur place des cellules épithéliales en cellules cancéreuses. L'inflammation préalable et le trauma sont les deux *moments* étiologiques les plus fréquents. »

Pour ce qui est de la contagion, admise dans certains cas et par certains auteurs, mais non encore démontrée d'une façon absolue, dans l'étiologie du cancer localisé au méat, il nous est impossible de nous prononcer, aucune des observations que nous relaterons ne nous permettant le contrôle à cet égard.

Disons enfin que le siège même de l'épithélioma primitif au niveau du méat urinaire rentre dans la localisation des tumeurs cancéreuses dans le voisinage des orifices naturels. Et, à ce point de vue, « les recherches scientifiques, nous dit Chamarrine, ont élucidé ce fait que le point où se développent le plus constamment les tumeurs cancéreuses ce sont les régions où existent des orifices naturels. »

Nous ne pouvons clore cette question de l'étiologie du néoplasme méatique sans parler de deux facteurs si souvent incriminés dans le développement de la tumeur cancéreuse : l'âge et la profession.

Y a-t-il un âge qui prédispose davantage au développement de l'épithélioma du méat ? Nous ne saurions établir de limites précises à cet égard, puisque, dans les deux observations du docteur Morestin, l'un des malades avait 33 ans et l'autre 47, que celui du docteur Lecène en avait 48 et le nôtre 57. Toutefois nous croyons pouvoir affirmer que c'est plutôt après 40 ans qu'apparaît chez l'homme l'épithélioma primitif du méat. Ces chiffres concordent.

d'ailleurs, avec ceux généralement admis dans l'étiologie habituelle du cancer.

Quant au rôle de la profession, il nous semble difficile de préciser. Si deux malades que nous citons travaillaient l'un et l'autre le bois, un menuisier et un sculpteur, cela ne prouve rien et ne constitue qu'une simple coïncidence. Disons cependant qu'en Angleterre on a incriminé les charbons de terre, de bois et leurs dérivés, goudron, paraffine, comme prédisposant ceux qui les manipulent au développement des tumeurs cancéreuses.

Pour résumer cette question si importante, quoique encore si obscure de l'étiologie, nous ne saurions mieux faire que de citer ici des paroles plus autorisées que les nôtres : « Tout changement, dit le professeur Quenu, apporté soit à la situation, soit à la structure normale d'un organe ou d'une partie d'organe, y crée une prédisposition au néoplasme. » Toute irritation prolongée d'un revêtement épithélial favorise la tendance de celui-ci à devenir le point de départ d'un épithélioma. (*In thèse de Carcy, 1894-1895*).

SYMPTOMATOLOGIE

Avant d'aborder ce chapitre si important et de décrire les symptômes de l'épithélioma primitif du méat uréthral chez l'homme, il nous a semblé qu'il était tout indiqué de placer ici nos quatre observations. Leur lecture, en effet, nous rendra plus facile ensuite l'exposé de cette affection.

Observation I (D^r MÉNARD, de Paris)

Il s'agit d'un homme de 57 ans, sculpteur sur bois, ayant eu, précédemment, plusieurs blennorragies, dont deux sérieuses, en 1878 et 1884. En 1895, il fut soigné à Necker pour un rétrécissement de l'urèthre antérieur qui nécessita de longues séances de dilatation. Bien qu'amélioré du côté de la miction, quand il quitta l'hôpital, il avait conscience, cependant, que celle-ci ne s'accomplissait pas encore d'une façon absolument normale. Cependant, tout symptôme urinaire avait à peu près disparu lorsque débuta, en septembre 1909, l'affection actuelle. Ce furent d'abord, au point de vue fonctionnel, des douleurs en urinant au niveau du méat et de la fosse naviculaire ; puis, physiquement, l'apparition de petits boutons au pourtour du méat, boutons qui ne tardèrent pas à prendre de l'accroissement. Bientôt, aux démangeaisons du début succédèrent des douleurs cuisantes, beaucoup plus vives au moment de la miction. Puis ces boutons s'ulcérèrent, se fusionnant en une plaie circonférentielle,

au niveau du méat, qui gagna en profondeur. En novembre, elle avait détruit la paroi inférieure de l'urèthre, au niveau du plancher de la fosse naviculaire.

Comme des bourgeons charnus saillaient à la paroi supérieure du méat, obstruant partiellement le canal à cet endroit, l'urine, pendant la miction, se mit à sortir par l'ulcération inférieure, de sorte que le jet tombait verticalement, mouillant la culotte et la chemise du malade.

De plus, la lésion suintait, laissant sourdre une sécrétion louche, extrêmement fétide, qui souillait le linge du malade et l'obligeait à changer presque tous les jours. Ce fut même cette odeur infecte qui mit sur sa trace. Depuis quelque temps, en effet, le patron chez lequel travaillait notre malade s'était aperçu que l'atelier était envahi par une odeur fort désagréable, dont il cherchait vainement la cause, lorsque, par hasard, ayant remarqué les fréquentes sorties de son ouvrier aux cabinets, il lui arracha l'aveu de sa maladie.

A partir de ce moment la lésion s'accrut progressivement jusqu'au 23 février, date à laquelle le malade se présenta à la consultation Ricord. Il parut alors que l'état général n'était guère modifié ; mais le malade se plaignait surtout de deux choses : troubles de la miction et, en dehors d'elle, assez vives démangeaisons, au niveau du méat, pour empêcher parfois le sommeil. Par contre, la sensibilité était très vive au toucher, à tel point que le moindre contact, le simple frôlement de la chemise, étaient insupportables. Aussi, l'examen local fut-il assez difficile, le malade criant et se défendant dès qu'on voulait explorer la région. Cependant, au palper, il parut que la lésion était dure, cartilagineuse, et que cette dureté s'étendait, en profondeur, jusqu'à deux centimètres et demi environ en arrière du méat. En revanche, le reste de la verge était absolument indolore à la pression et ce qui demeurait de la muqueuse du gland paraissait normal. Notons, toutefois, quelques ganglions durs et indolores dans les régions inguinales et aussi des érections longues et douloureuses.

Le diagnostic se posait entre une syphilide tertiaire ulcéreuse et un néoplasme. Mais le malade niait la syphilis et le Wassermann était lui-même négatif. Il en fut de même du traitement mixte institué cependant par acquit de conscience. En sorte qu'avant tout examen histologique on crut devoir s'arrêter à l'idée d'un cancer, ce que confirma d'ailleurs, nous le verrons plus loin, l'étude qui fut faite après biopsie.

Le malade fut opéré par le docteur Michon : amputation de la verge à sa racine avec extirpation des ganglions inguinaux droits et gauches.

Les suites opératoires furent excellentes et le malade sortit de l'hôpital un mois et demi après l'intervention.

L'examen macroscopique de la pièce, après ouverture longitudinale, montra que l'ulcération cancéreuse se prolongeait jusqu'à deux centimètres environ du méat, qu'elle s'arrêtait là brusquement et était entourée d'une gaine blanchâtre et dure d'infiltration néoplasique. La fosse naviculaire tout entière fermait une anfractuosité large d'environ 1 centimètre, dont les parois saillaient en mamelons tomenteux, séparés par des sillons profonds longitudinaux.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : 1° *Coupe intéressant le segment marginal de l'ulcération pénienne.* — (Faible grossissement ; objectif 2 ; oculaire 1 ; Leitz.)

La coupe présente deux versants : un pénien et un uréthral.

Versant pénien : Epithélium normal avec seulement quelques infiltrations leucocytaires dans le derme.

Versant uréthral : Le versant uréthral se joint au versant pénien par un segment arrondi et s'invagine en une anse comblée en partie par un exsudat leucocytaire. En bordure de cette anse l'épithélium normal a disparu ; ce n'est plus qu'un épithélium néoplasique dont l'aspect est en éventail à racine dure, naissant au fond de l'anse, mais dont la base s'éparpille en digitations innombrables, anastomosées les unes avec les autres et s'enfonçant profondément dans le derme. Autour d'elles, infiltrats leucocytaires.

Plus on avance vers l'urèthre, plus la tumeur est dense et infiltrante.

En somme, aspect d'épithélioma pavimenteux lobulé.

Fort grossissement (objectif 6). Le passage entre l'épithélium normal et l'épithélium cancéreux se fait progressivement par transformation insensible des cellules normales en cellules néoplasiques, allongement, épaississement des ramifications des papilles. L'épithélium néoplasique, dense et compact près du bord libre, se dissocie rapidement en digitations formées de cordons cellulaires irréguliers, ici très épais, là finement étirés. En certains points quelques cellules s'isolent soit en groupes, soit en files de deux ou trois. Les cellules sont arrondies, claires, à nucléoles réfringents ; beaucoup sont en karyokinèse. De place en place on observe quelques rares globules cornés prenant facilement l'éosine.

Le stroma est dense et généralement infiltré autour des digitations, surtout de nombreux leucocytes.

2° *Coupe de l'urèthre à la base de la verge.* — Lésions d'urétrite chronique avec épaississement de l'épithélium, état vacuaire de nombreuses cellules et infiltrations leucocytaires de l'épithélium et du derme.

3° *Ganglions.* — Foyers néoplasiques folliculaires, plus ou moins nombreux, suivant les pièces.

En résumé, il s'agit là d'un épithélioma pavimenteux primitif de la fosse naviculaire et du méat, sans qu'on puisse penser à un cancer propagé du gland à l'urèthre.

Observation II (D^r MORESTIN,

Bulletin de la Société d'anatomie, 1903, page 517)

Il s'agissait d'un homme de 33 ans, qui me fut adressé, le 22 mai, par M. le professeur Gaucher. La maladie évoluait depuis huit mois, pendant lesquels le malade, sur les seuls conseils du pharmacien, s'était gorgé de mercure et d'iodure. C'est au niveau

même des lèvres du méat qu'avait débuté la lésion, sous forme d'une induration qui s'était ulcérée rapidement et avait gagné peu à peu tout le pourtour de l'orifice urétral, puis les parties voisines du gland. Au moment où nous l'avons examiné, la verge était terminée en avant par une sorte de cratère, de dépression infundibuliforme, circonscrite par un bourrelet peu élevé, dur, répondant à peu près à la partie moyenne du gland. L'urèthre avait été détruit dans l'étendue correspondante. Les parois de cet entonnoir étaient ravinées, inégales, semées de débris sphacéliques. Le moindre contact amenait de petites hémorragies. Sur le bourrelet périphérique et sur le gland, dans le voisinage, on voyait se dessiner des pinceaux de vésicules et, çà et là, de petits nodules indiquant l'envahissement néoplasique. Il n'y avait de ganglions perceptibles à la palpation, ni dans les aines, ni dans les fosses iliaques.

Ce malheureux homme souffrait beaucoup au moment des mictions. Bien qu'il fût jeune encore, le diagnostic ne paraissait aucunement douteux et mon opinion là-dessus était en conformité avec celle du professeur Gaucher et de M. Millian, son chef de clinique. Cette précocité était, d'ailleurs, un des côtés intéressants de l'observation. Terrifié à la pensée de subir l'amputation de la verge, le malade, qui était entré le 27 mai à Saint-Louis, quitta le soir même l'hôpital.

Observation III (D^r MORESTIN,

Bulletin de la Société d'anatomie, 1903, page 518)

Entré le 28 avril à Saint-Louis, isolement n° 4. Homme de 47 ans, menuisier, J. L..., chez lequel la lésion a débuté, il y a cinq ans, au niveau de l'angle inférieur du méat ou dans la partie immédiatement voisine, entre le méat et la terminaison antérieure du frein. De là, s'étendant peu à peu, elle a envahi, puis détruit, l'urèthre balanique et presque tout le gland, dont il ne reste qu'une languette antéro-postérieure, bizarrement découpée, représentant le tiers moyen de sa partie dorsale.

L'urèthre pénien est lui-même envahi. Le prépuce, lui, est conservé et, véritable cache-misère, couvre tous ces désastres, ne laissant voir que l'extrême pointe de la languette précitée, dernier vestige du gland, qui se montre comme le bout d'un pénis de chien, commençant à sortir du fourreau.

Le prépuce ne paraît pas envahi, sauf au niveau du point où s'attachait le frein, lequel a disparu ; mais il présente une teinte légèrement rosée et une vascularisation anormale. Quant à l'ulcération, elle présente l'aspect bien connu du cancroïde, avec sa surface déprimée, inégale, semée de granulations irrégulières, de nodules blanchâtres, de points saignants, couverts d'un ichor séro-purulent, grisâtre et fétide.

Les mictions sont très douloureuses et de même les érections, qui persistent et sont, pour le malheureux, un déplorable tourment. Dans les deux aines on reconnaît des ganglions un peu augmentés de volume, mais n'offrant aucun caractère néoplasique manifeste. Au sujet d'une syphilis antérieure, nous ne retrouvons rien qui permette de la soupçonner et une supposition de ce genre paraît d'autant moins fondée que le malade a eu sept enfants, tous parfaitement bien portants. Le 30 avril, je fis l'amputation de la verge à sa partie moyenne, précédée de l'évidement et du curage complet des deux aines.

En ce qui concerne l'amputation, j'avais eu soin de sectionner l'urèthre un bon centimètre au-devant des corps caverneux et de suturer l'une à l'autre les tranches de ceux-ci. La coupe des teguments ayant été faite un peu obliquement d'avant en arrière et de l'extrémité vers la racine de l'organe, j'avais plus de peau du côté dorsal que du côté inférieur ; je fis un trou dans cette sorte de lambeau et fixai l'urèthre dans cette perforation, le nouveau méat étant ainsi distinct de la ligne de suture des teguments. Les suites ont été bonnes dans l'ensemble ; cependant il se produisit de la suppuration au niveau des deux plaies inguinales qu'il fallut rouvrir. A cela près, la guérison fut obtenue assez promptement, car ces plaies, une fois détergées, se fer-

mèrent très rapidement, si bien que, vers la fin de mai, tout étant terminé, le malade nous quittait pour aller à Vincennes.

L'examen histologique a été pratiqué. Il s'agit bien d'un épithélioma pavimenteux tubulé et lobulé avec globes épidermiques.

Ce cas est surtout remarquable par le point de départ de la lésion et la destruction de l'urèthre balanique. En règle générale, il est pendant longtemps respecté dans l'épithélioma du pénis, dont l'évolution est principalement corticale.

L'origine méatique ou juxta-méatique est sans doute cause de la marche un peu particulière notée dans ce cas.

Observation IV (D^r LECÈNE, *Société d'anatomie*, 1905, page 461)

J..., âgé de 48 ans, entre le 26 avril 1905 dans le service Civiale, à Lariboisière, pour une tuméfaction douloureuse du gland. Il y a deux ans, en avril 1903, le malade éprouva quelques picotements au niveau du méat urinaire, pendant la miction. Peu après, une petite ulcération, grosse comme une tête d'épingle, apparut au niveau du méat. Cette ulcération, au dire du patient, reposait sur une base indurée. Le traitement mercuriel fut appliqué sans résultat et, le 9 octobre 1903, le malade fut opéré à la maison Dubois, par le docteur Guinard, qui lui enleva l'ulcération du méat et une petite étendue de tissus infiltrés environnants. A la suite de cette opération, il y eut des accidents fébriles graves, dus à de l'infection vésicale et rénale, provoquée par le mauvais fonctionnement de la sonde à demeure. Le malade ne sortit de l'hôpital qu'au bout de trois mois. Vers juin 1904, il y eut de nouveaux accidents douloureux du côté des reins, avec fièvre et pyurie. Cependant, l'ulcération du méat reparut et, de plus, une infiltration profonde gagnait le gland, qui devenait dur et douloureux. En août 1904, le malade consulta le docteur Bécclère, à Saint-Antoine, qui lui conseilla le traitement par les rayons X. Il en résulta de la dermite du gland, avec douleurs très vives, qui obligèrent à suspendre le traitement.

Depuis lors, l'induration n'a fait que s'étendre à tout le gland et les douleurs ont sans cesse augmenté. Actuellement on constate que tout le gland est infiltré par une induration ligneuse, sans qu'il y ait, à proprement parler, de tumeur. Au niveau du méat on trouve une ulcération circulaire, à base indurée, se continuant, sans démarcation, avec l'infiltration du gland. Dans la rainure balano-préputiale, et sur le prépuce, il n'existe aucune induration, aucune végétation d'aspect néoplasique. L'infiltration du gland s'étend même dans le tiers antérieur du corps caverneux ; mais la palpation de l'urèthre pénien ne montre aucune induration, ni bosselure. Les mictions sont douloureuses et il existe, de plus, une douleur sourde, continue, à l'extrémité de la verge.

A droite, du côté de l'aîne, on sent un ganglion dur, gros comme une noisette.

On fait le diagnostic de néoplasme du gland et on propose au malade une amputation de la verge, qui est acceptée.

Le 20 avril 1905, amputation de l'organe avec curage des deux aines, par M. Lecène. Cette amputation est pratiquée large, de façon à ne laisser que deux centimètres de verge environ. Elle est faite en tissus sains autant qu'on en peut juger à l'œil nu. Le malade sort guéri au bout de quinze jours, sans aucune complication.

L'examen histologique de la pièce amputée montra que tout le gland et un tiers environ du corps caverneux étaient envahis par une ulcération ligneuse ; l'urèthre balanique était ulcéré et recouvert de fins bourgeons. Au contraire, le revêtement cutané du gland, la rainure balano-préputiale et le prépuce étaient absolument normaux. Sur des coupes étendues, comprenant toute l'épaisseur du gland, on voyait très bien que le néoplasme avait débuté par l'urèthre, s'était infiltré dans le tissu caverneux du gland en respectant toutefois son revêtement épidermique, tandis que l'infiltration néoplasique se diffusait très régulièrement le long des trabécules du corps spongieux. Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux tubulé, sans aucun globe corné. C'est le type de l'épithélioma polydérique stratifié, qui naît sur les muqueuses.

Il y avait des karyokinèses très nombreuses et toutes les cellules néoplasiques étaient vivaces, malgré l'application des rayons X. L'examen histologique des ganglions inguinaux ne montra aucune trace de généralisation épithéliomateuse.

Faisons la synthèse de ces quelques observations et essayons d'en dégager un tableau symptomatique général.

Tout d'abord et malgré l'âge relativement peu avancé du malade de l'observation II, qui n'avait que trente-trois ans, c'est habituellement après la quarantaine que se montre cette affection.

C'est également au cours d'une santé relativement bonne qu'apparaissent les premiers symptômes. Disons toutefois que, sur les quatre malades observés, l'un d'eux du moins, celui de l'observation n° 1, avait un passé urinaire, puisque c'est un vieux blennorragique rétréci.

Quoi qu'il en soit, ces symptômes consistent d'abord en des démangeaisons, des picotements qui se font sentir au niveau du méat urinaire. Peu à peu ces picotements s'accroissent, se précisent davantage et deviennent de véritables douleurs. Le malade, qui ne s'en inquiétait guère d'abord, les mettant sur le compte d'une ancienne uréthrite par exemple, commence à s'observer davantage et découvre un jour ou l'autre, souvent après de longs mois, au niveau du méat urinaire où à son pourtour, un petit bouton, une petite saillie, douloureuse au toucher.

Bientôt ce petit bouton, venant à augmenter de volume ou à s'ulcérer, rend la miction douloureuse ; le jet de l'urine est modifié dans son volume et dans sa puissance. Il devient vrillé, tortillé et le malade, comme on dit, commence à pisser dans ses bottes. L'urine d'ailleurs est d'abord claire,

puis bientôt, à mesure que la production morbide augmente de volume et s'ulcère, elle est plus ou moins mélangée de sang, surtout au début de la miction. Plus tard se montrent des hémorragies spontanées, habituellement minimes et irrégulières, mais pouvant cependant, par leur répétition, déterminer un certain degré d'anémie chez le malade, d'autant qu'un peu plus tard et par le fait d'infection de la plaie, une sécrétion purulente s'installe qui contribue pour sa part à débilitier davantage.

Tels sont les symptômes du début. Jusque-là ils n'ont rien d'absolument caractéristique. Et cependant ce serait à cette période, le professeur Albarran insistait beaucoup sur ce point au Congrès de chirurgie de 1904, qu'il importerait le plus qu'un examen uréthroscopique et, au besoin, une biopsie, fussent pratiqués pour établir un diagnostic ferme et instituer une thérapeutique ayant quelque chance de succès.

A la période d'état les symptômes s'accroissent. Les douleurs, dit Wassermann, tiennent toujours la tête des troubles fonctionnels, douleurs spontanées, sourdes le plus souvent, mais accompagnées parfois d'élançements et exaspérées surtout au moment de la miction. La tumeur continue à progresser, la verge est tuméfiée, dure dans la région du gland et cette rigidité, dans la période pré fistulaire, accompagnée de symptômes de rétrécissement, constitue, au dire de Brimaud et Chavannaz, une forte présomption en faveur d'une tumeur maligne.

Le malade, voyant ses boutons du début grossir, s'ulcérer, sa miction douloureuse et difficile, commence à s'inquiéter et consulte un peu à tort et à travers. Le pro-

fesseur Morestin cite le cas d'un patient, qui, préoccupé de ses ulcérations et douleurs persistantes, s'était, sur le conseil d'un pharmacien et pendant de longs mois, gorgé de mercure et d'iodure, avec la conviction qu'il s'agissait d'accidents spécifiques.

Mais, en dépit de tous les traitements locaux et généraux, les lésions, au lieu de rétrocéder, ne font que progresser : ce ne sont plus de simples ulcérations, mais de véritables pertes de substance. Le méat, la fosse naviculaire sont infiltrés, infiltration dure, gagnant petit à petit le gland, qui se transforme en cratère, à dépression infundibuliforme, encerclée d'un bourrelet irrégulier et dur, ulcéré par places et suintant.

Bientôt l'urèthre est envahi à son tour, se perfore et ainsi se forment de véritables fistules par où l'urine s'écoulera. Il en était ainsi chez le malade de l'observation I dont le gland, perforé à sa partie inférieure, dans la région du frein, laissait écouler l'urine au moment des mictions souillant la chemise et le pantalon.

En même temps que ce travail ulcératif détruit les tissus voisins, les douleurs, elles aussi, ne font qu'augmenter. Aux démangeaisons, aux picotements du début, ont succédé de véritables souffrances, arrachant des cris au malade, surtout pendant et après la miction, et s'irradiant parfois jusque dans les membres inférieurs, d'autant que la tumeur, diminuant la lumière du canal, oblige à de violents efforts pour uriner et que ces efforts ne font qu'exaspérer les douleurs.

Elles sont parfois telles que le malade diminuera volontairement le nombre de ses mictions, pendant des demi-

journées entières, redoutant le moment où il faudra les subir. D'après Wassermann, leur extrême acuité aurait pour cause le passage de l'urine sur les régions ulcérées.

* On a signalé des cas de rétention d'urine (Fuller, Ollivier et Clunet), d'autres fois de l'incontinence par régorgement ; plus souvent des érections intermittentes durant parfois trois ou quatre heures (Ollivier et Clunet) et suivies d'éjaculation horriblement douloureuse.

Enfin les écoulements ont eux-mêmes augmenté, écoulements sanieus, purulents, roussâtres, extrêmement fétides. suintant sur toute la surface néoplasique, tachant et empestant largement la chemise. Cette fétidité était telle dans le cas de notre malade que l'atmosphère de l'atelier où il travaillait était insupportable comme odeur.

Vient-on à palper la région malade, on constate à son niveau une induration caractéristique, cartilagineuse ; mais cette exploration, si légère soit-elle, est très douloureuse et, si par mégarde on vient à toucher les ulcérations, elles saignent facilement, au moindre contact.

On comprend que dans ces conditions le cathétérisme du canal avec une bougie exploratrice soit habituellement très pénible et parfois même impossible. Que si l'on parvient à franchir le méat, on a la sensation que la boule évolue dans une cavité beaucoup plus grande que normalement, ce qui s'explique par la destruction des parois érodées par la tumeur. C'était pour Albarran et Wassermann un signe d'une grande valeur.

Ces cathétérismes ou explorations sont d'ailleurs toujours suivis d'une uréthrorragie, parfois assez abondante, ce qui, d'après Albarran, Binaud et Chavannaz, doit orienter l'esprit vers l'idée d'un néoplasme.

A ces phénomènes imputables au néoplasme lui-même viennent bientôt s'ajouter ceux de l'infection urinaire presque fatale dans un milieu aussi favorable. Les urines deviennent troubles, d'odeur infecte, dénotant une cystite confirmée, que favorise d'ailleurs leur stagnation dans le bas-fond de la vessie. Puis la fièvre s'installe ; l'état général s'altère, devient rapidement mauvais et le malade marche à grands pas vers la cachexie et la mort, à moins qu'une intervention large et précoce n'ait conjuré cette fatale évolution.

Il va sans dire que depuis longtemps les ganglions inguinaux, quelquefois les iliaques, étaient envahis et se présentaient à l'exploration sous forme de petites tumeurs dures, peu ou pas douloureuses au toucher, indiquant un commencement de généralisation cancéreuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Examen macroscopique et histologie

Macroscopiquement la lésion se présente à nous au début sous forme de petits boulons ou de petites ulcérations qui siègent sur les lèvres mêmes du méat, ne tardant pas à s'accroître et à envahir petit à petit la fosse naviculaire.

Ce premier stade, ce début, nous aurons rarement l'occasion de le constater, d'autant que le malade, non édifié sur la nature de son mal, ne semble pas devoir s'en préoccuper et, par conséquent, tarde à consulter.

Mais il arrive un moment où, le mal progressant, s'ulcérant et devenant douloureux, il songe à demander conseil. C'est la période d'état et alors les lésions présentent un aspect tout différent. C'est une véritable tumeur qui siège à l'extrémité de la verge, tumeur dure, irrégulière, érodée, saignant au moindre contact et arrivant bientôt à ronger les tissus du voisinage. Comme le montrent nos photographies prises sur le malade de l'observation n° 1, le méat disparaît pour faire place à une cavité cratériforme, à bords ulcérés et saignants, laissant habituellement suinter un liquide roussâtre, séro-sanguinolent, fétide.

La partie antérieure du gland disparaît à son tour, le

frein également. Ce qui reste de cette région est augmenté de volume, anfractueux et rouge, donnant au doigt qui touche la sensation d'une induration profonde, dont nous avons déjà parlé. Seul le prépuce échappe à la destruction et reste le plus souvent à peu près indemne.

Si l'on essaie d'explorer le canal, la sonde est arrêtée par des masses charnues, à aspect framboisé, à surface bourgeonnante et saignante.

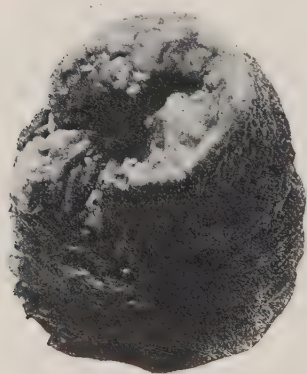


FIG. 1.
Gland vu par sa face supérieure.

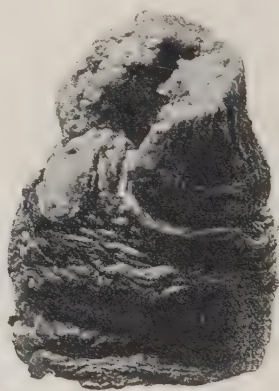


FIG. 2.
Gland vu par sa face inférieure.

L'évolution du mal se continuant, toutes ces masses s'ulcèrent de plus en plus, se creusent de cavités, de cratères baignés d'un liquide ichoreux qui s'écoule au dehors et souille les vêtements du malade. C'est à cette période que l'on voit la masse néoplasique, accélérant son processus destructeur, perforer le canal, déterminant ces fistules dont nous avons parlé et qui ajoutent une infirmité de plus aux souffrances du malade.

Etudiées au microscope, ces tumeurs, développées au

niveau du méat urinaire chez l'homme, présentent les caractères des épithéliomas pavimenteux, tubulés pour les uns, lobulés pour les autres.

Des quatre observations que nous avons présentées, nous ne pouvons retenir que deux examens histologiques un peu détaillés, un des malades du docteur Morestin s'étant refusé

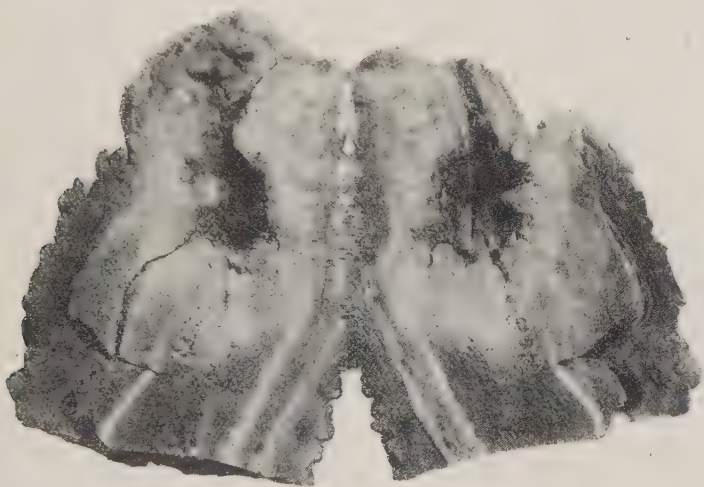


FIG. 3. — Coupe longitudinale du gland.

à toute intervention et l'autre observation du même auteur portant simplement comme mention, après examen au microscope de la pièce enlevée : *épithélioma pavimenteux tubulé et lobulé avec globes épidermiques*, sans autres détails.

Restent donc notre observation et celle du docteur Lecène que nous pouvons mettre à profit.

Dans la nôtre, l'examen histologique fut fait par le docteur Ménard. Il constate : 1° *A un faible grossissement, sur*

le versant urétral, à l'endroit où il se joint au versant pénien, une anse comblée en partie par un exsudat leucocytaire. En bordure de cette anse, l'épithélium normal a disparu, il est remplacé par un épithélium néoplasique, dont l'aspect est en éventail, à racine dure, naissant au fond de l'anse, mais dont la base s'éparpille en digitations innombrables, anastomosées les unes avec les autres et s'enfonçant profondément dans le derme. Autour d'elles, infiltrats leucocytaires. En somme, aspect d'épithélioma pavimenteux lobulé. *A un fort grossissement* (objectif 6), le passage entre l'épithélium normal et l'épithélium cancéreux se fait progressivement par transformation insensible des cellules normales en cellules néoplasiques, allongement, épaississement des ramifications des papilles. L'épithélium néoplasique, dense et compact près du bord libre, se dissocie rapidement en digitations formées de cordons cellulaires irréguliers, ici très épais, là finement étirés. En certains points quelques cellules s'isolent, soit en groupes, soit en files de 2 ou 3. Les cellules sont arrondies, claires, à nucléoles réfringents, beaucoup sont en karyokinèse. De place en place on observe quelques rares globules cornés, prenant facilement l'éosine. Le stroma est dense et généralement infiltré, autour des digitations surtout, de nombreux leucocytes, dans les ganglions, foyers néoplasiques folliculaires, plus ou moins nombreux suivant les pièces. Dans l'urèthre, en arrière de la tumeur, lésions d'urétrite chronique, avec épaississement de l'épithélium, état vacuaire de nombreuses cellules et infiltrations leucocytaires de l'épithélium et du derme. La thrombose cancéreuse des voies lymphatiques nous explique le mode de propagation de la tumeur.

Quand à l'observation n° IV, qui est du docteur Lécène, elle nous montre, à l'*examen histologique*, que tout le gland et un tiers environ du corps caverneux étaient envahis par une ulcération ligneuse ; l'urèthre balanique était ulcéré et recouvert de fins bourgeons. Au contraire, le revêtement cutané du gland, la rainure balano-préputiale et le prépuce étaient absolument normaux. Sur des coupes étendues, comprenant toute l'épaisseur du gland, on voyait très bien que le néoplasme avait débuté par l'urèthre, s'était infiltré dans le tissu caverneux du gland en respectant toutefois son revêtement épidermique, tandis que l'infiltration néoplasique se diffusait très régulièrement le long des trabécules du corps spongieux. Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux tubulé, sans aucun globe corné, c'est le type de l'épithélioma polyédrique stratifié, qui naît sur les muqueuses. Il y avait des karyokinèses très nombreuses et toutes les cellules néoplasiques étaient vivaces, malgré l'application des rayons X. L'examen histologique des ganglions inguinaux ne montra aucune trace de généralisation épithéliomateuse.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du cancer primitif du méat uréthral doit être aussi précoce que possible. De sa précocité dépend en effet, l'efficacité de l'intervention, partant le pronostic. Il n'est d'ailleurs difficile qu'aux stades encore peu avancés de l'évolution du néoplasme.

Plus tard, quand la lésion a largement érodé le gland et que les ganglions sont envahis, le diagnostic s'impose : mais alors il est bien tard pour instituer un traitement vraiment efficace.

Les éléments du diagnostic sont : les caractères propres à l'ulcération, son évolution progressive chronique, l'adénopathie inguinale précoce. Mais, de toute façon, le diagnostic clinique devra être corroboré par un examen biopsique.

Peu nombreuses, d'ailleurs, sont les affections avec lesquelles on peut le confondre.

Les anamnestiques, les caractères propres de l'ulcération, sa tendance naturelle à la réparation plus ou moins rapide, l'absence d'adénopathie, permettront d'éliminer d'emblée les ulcérations *traumatiques* ;

Il en sera de même des ulcérations *inflammatoires* banales, herpétiques ou zostériennes du méat ;

La *tuberculose* ulcéreuse est une rareté dans cette région. Elle survient, en tout cas, chez des tuberculeux avérés, présentant l'aspect habituel des ulcérations tuberculeuses et renfermant habituellement des bacilles de Koch.

Le diagnostic se pose donc essentiellement avec :

Le chancre phagédénique mou et les ulcérations syphilitiques.

1° Le diagnostic différentiel avec le *chancre mou phagédénique* sera promptement fait : notion du contagé, rapidité d'apparition, rapidité du processus phagédénique, évoluant pour ainsi dire d'une façon aiguë, le caractère anfractueux, vermineux, sale, de la lésion, l'absence d'induration, la douleur vive, la sécrétion purulente abondante, mais sans fétidité, le bubon suppuré si fréquent dans cette affection, ou tout au moins l'adénopathie douloureuse, enfin la présence du bacille de Ducret et au besoin l'autoinoculation. Tels sont les éléments capitaux de ce diagnostic.

2° En réalité, le diagnostic se posera presque uniquement avec les *ulcérations syphilitiques*. Les ulcérations des périodes actives, *chancre et plaques muqueuses*, bénéficieront de la recherche du tréponème. Leurs caractères cliniques sont d'ailleurs assez nets par eux-mêmes : le chancre syphilitique normal du méat n'est pas ulcéreux ; c'est une exulcération simple avec une base indurée, très limitée, et le suintement en est séreux, ou séro-sanguinolent, riche en tréponèmes. Il n'a pas de tendance à l'extension, reste toujours très limité. Enfin l'adénopathie, à égalité de lésions, est plus volumineuse que celle du cancer.

Le *chancre syphilitique phagédénique* évolue beaucoup plus vite que le cancer ; il conserve, dans l'ensemble tout au moins, les caractères du chancre syphilitique.

Les *plaques muqueuses*, même les plaques muqueuses évoluant sur la cicatrice indurée d'un chancre et les plaques muqueuses hypertrophiques, sont d'un diagnostic aisé. Elles sont très ulcéreuses, rarement uniques et coïncident généralement avec l'efflorescence d'une syphilis secondaire. Les adénopathies dont elles s'accompagnent n'ont rien de caractéristique.

Où le diagnostic devient difficile, c'est entre les ulcérations syphilitiques *tertiaires* et le cancer. Les ulcérations syphilitiques tertiaires, gomme ulcérée, syphilide chancriforme tertiaire, phagédénisme tertiaire, ont comme caractères communs, outre l'antécédent syphilitique, insuffisant par lui-même d'ailleurs et souvent absent, leur évolution rapide, l'absence de réaction ganglionnaire, le type de l'ulcération très irrégulière, sans induration très nette, il s'agit plutôt d'une infiltration basale que d'induration vraie. Malgré tout, le diagnostic demeurera souvent hésitant : c'est alors qu'il faudra recourir à la biopsie et au traitement d'épreuve.

La biopsie est vraiment la clef du diagnostic. Mais on ne négligera jamais le traitement d'épreuve iodo-mercurel ou arsénical. Le cancer étant rare en regard de la syphilis, on aura le plus souvent ainsi à enregistrer des succès thérapeutiques faciles. Mais il ne devra pas être prolongé trop longtemps (le temps de l'examen biopsique), car, s'il s'agit de cancer, on ne doit pas perdre de vue que le traitement sera d'autant plus efficace qu'il sera plus précoce.

Nous n'avons pas parlé de la réaction de Wassermann. Il va de soi qu'elle devra toujours être faite ; mais sa valeur sera bien minime. Elle ne vaudra, en effet, que si elle est négative ; elle ne dictera jamais à elle seule la thérapeutique et devra toujours céder le pas à la biopsie et au traitement d'épreuve.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Il est assez difficile de préciser la durée de l'évolution du cancer primitif du méat urétral chez l'homme, car le début de l'affection passe très souvent inaperçu et, quand on interroge le malade à ce point de vue, il ne donne le plus souvent que des renseignements vagues et incertains. Chez le malade de l'observation II, du docteur Morestin, la maladie évoluait depuis huit mois déjà quand il se présenta à la consultation. Chez celui de l'observation III, également du docteur Morestin, le mal paraissait avoir débuté cinq ans auparavant quand il se décida à entrer à Saint-Louis. Enfin chez celui du docteur Lecène (observation IV), c'est deux ans avant son entrée à Lariboisière que le patient éprouva les premiers picotements du côté du méat.

Il semblerait donc, d'après ces trois cas, que, dans sa première période tout au moins, l'affection aurait une marche plutôt lente. Mais, quand les ulcérations s'installent, l'allure change et se précipite, ne laissant souvent que quelques mois, un an tout au plus, de répit au malade, si aucune intervention n'est pratiquée. « C'est habituellement l'infection urineuse ou l'infiltration d'urine, qui emportent le malade et, s'il échappe à ce danger, la mort

survient par cachexie, par généralisation ou par métastase, surtout pulmonaire (Tanton). » A remarquer que ces métastases, surtout pulmonaires, s'observent également dans le cancer du testicule.

Il importe donc de porter un diagnostic précoce, car, en quelques mois, les symptômes du début s'aggravent, les tissus profonds s'infiltrent, les ganglions se prennent et souvent des phlébites uni ou bilatérales viennent précipiter le dénouement.

Les chances de survie seront donc d'autant plus grandes que le seul traitement rationnel, l'intervention large avec curage des régions inguinales, aura été appliqué plus tôt. Témoin notre malade de l'observation n° 1 qui, plusieurs mois après son amputation, se présentait à la consultation de Cochin, dans un état de santé général florissant, avec un moignon en bon état et sans traces de récurrence. Témoin le cas d'Albarran et Bazy qui, malgré l'infection urinaire, malgré la sclérose de la vessie, ont enregistré un succès dans un cas d'épithélioma de l'urèthre.

Loin de nous la pensée de prétendre qu'il en sera toujours ainsi et fatalement surviendront des récurrences, d'autant plus tardives cependant que l'opération aura été plus précoce. Cornil et Ranvier n'ont-ils pas donné l'explication de ces récurrences, lorsqu'ils ont écrit que « les parties du corps où le développement de l'épithélioma est le plus rapide sont celles d'où partent les plus nombreux vaisseaux lymphatiques, celles où la circulation sanguine est la plus active et qui sont soumises aux causes d'irritation. Par exemple : les orifices muqueux humides, assujettis à des mouvements ou à des contusions, les lèvres, la langue,

les paupières, le col de l'utérus, le méat urinaire, etc. »
« La structure de ces épithéliomas, ajoutent-ils, est identique à celle des épithéliomas de la peau, du nez et de la joue, qui restent pendant 10, 15, 20 ans sans amener d'accidents graves, et cependant leur marche est aussi rapide et aussi promptement funeste que celle des carcinomes les plus malins. »

Il importe donc de porter un diagnostic précoce puisque de lui dépend le traitement et que ce traitement, comme nous le verrons plus loin, aura d'autant plus de chances de succès qu'il sera plus hâtif.

TRAITEMENT

Il n'y a pas deux façons de traiter l'épithélioma primitif du méat uréthral chez l'homme. Un seul est indiqué, c'est le traitement chirurgical, c'est-à-dire une amputation large de la verge au tissu sain et, *quel que soit le moment*, avec exérèse des ganglions correspondants.

De la nécessité d'une amputation, personne ne discutera, croyons-nous. Ici, comme dans toutes les localisations cancéreuses, la règle et une règle immuable est d'opérer loin du foyer morbide, en plein tissu sain.

Quant à l'exérèse des ganglions, il semblerait *a priori* que si l'intervention est précoce, aussitôt le diagnostic établi, et si l'examen minutieux des régions inguinales et iliaques a été négatif, on pourrait à la rigueur s'en dispenser.

Une courte étude anatomique des lymphatiques de la région, en nous montrant leur point de départ, leurs anastomoses, leur aboutissement, va nous prouver qu'à cet égard on ne saurait transiger.

Prépuce. — Les lymphatiques du prépuce naissent d'un réseau très fin qui suit la peau du repli préputial et vient confluer aux ganglions inguinaux, groupe supéro-interne.

Urèthre. — Ceux de l'urèthre proprement dit naissent

du réseau annexé à la muqueuse uréthrale. De ce réseau émanent différents collecteurs : les collecteurs issus de la portion balanique traversent la paroi inférieure de l'urèthre au niveau du frein, vont s'unir aux troncs lymphatiques du gland et partagent le mode de terminaison de ces vaisseaux. D'autres, suivant un trajet sus-pubien ou sous-pubien, s'en vont se jeter dans les ganglions iliaques externes.

Gland. — Enfin les lymphatiques du gland se continuent avec ceux du prépuce et ceux de l'urèthre balanique. Les collecteurs cheminent sur la face dorsale de la verge, parallèlement à la veine dorsale profonde du pénis, et vont aboutir suivant deux modes : cruraux et inguinaux. Les troncs de la voie crurale, au nombre de trois ou quatre, aboutissent tous, après un trajet spécial à chacun, à une série de ganglions superposés dans le sens vertical, longeant la veine fémorale d'abord, la vessie iliaque externe ensuite. Le tronc de la voie inguinale (car il est seul) s'engage dans le canal inguinal, au-dessous du cordon et vient se terminer dans le ganglion crural interne.

« En sorte, dit le professeur Poirier, que dans le cas de néoplasie des téguments de la verge, il faut considérer comme suspects tous les ganglions superficiels. De plus, en raison de l'entrecroisement ou de la bifurcation des collecteurs, il y a grande chance pour qu'une lésion, même unilatérale, retentisse sur les ganglions du côté opposé. »

Nous n'avons rien à ajouter à une parole aussi autorisée et nous ne pouvons que conclure que, dans un cas de cancer du méat urinaire chez l'homme, quelle que soit la période de son évolution, un curage soigneux des deux aines

est indiqué, voire même, si possible, l'extirpation minutieuse des ganglions rétrocruraux internes et iliaques externes.

Quelle technique opératoire emploierons-nous ? Elle est simple et bien réglée :

« Après avoir, dit le docteur Chamarrine, énucléé les ganglions inguinaux des deux côtés, on applique sur la partie moyenne du pénis, mais cependant plus près de la racine, une forte ligature élastique. Puis on fait une section circulaire de la peau, de la tunique albuginée et du corps caverneux jusqu'à l'urèthre ; celui-ci est un peu dénudé et sectionné. Après quoi les artères sont liées et, sur la tunique albuginée, on applique des sutures profondes et circulaires. Le canal de l'urèthre est sectionné en arrière sur une étendue de un centimètre et les bords sont réunis avec le plus grand soin avec ceux de l'incision par des ligatures entortillées. Dans l'urèthre on met une sonde à demeure. »

Le docteur Morestin signale un mode opératoire spécial à propos de l'amputation du pénis :

« L'écoulement sanguin par la tranche de section des corps caverneux est un ennui au cours de l'intervention. La plaie fermée, l'hémorragie peut se reproduire et donner lieu à un hématome, surtout quand, la verge étant coupée tout près du pubis, les téguments tombent comme un rideau au-devant de cette tranche, sans s'y appliquer exactement. D'autre part, si l'on fixe l'urèthre seul aux téguments, la traction exercée par ceux-ci sur les fils, insignifiante quand il s'agit d'une amputation du pénis dans son tiers antérieur, ou dans son tiers moyen, devient assez considérable

pour compromettre la réunion quand on agit sur la partie toute postérieure de l'organe. Les téguments que l'on utilise alors sont, en effet, bien moins maniables, plus épais, chargés d'un pannicule graisseux souvent considérable et, en somme, manquant de souplesse. Or, ces deux inconvénients disparaissent, le premier avec le mode de réunion des deux corps caverneux, dont les tranches de section sont appliquées et suturées l'une à l'autre, le second par la fixation du moignon pénien ainsi constitué à la face profonde des téguments. »

Rappelons encore la façon ingénieuse dont le même auteur se servit pour fixer l'urèthre du malade de l'observation n° 4 : « En ce qui concerne l'amputation, j'avais eu soin de sectionner l'urèthre un bon centimètre au-devant du corps caverneux et de suturer l'une à l'autre la tranche de ceux-ci. La coupe des téguments ayant été faite un peu obliquement d'avant en arrière et de l'extrémité vers la racine de l'organe, j'avais plus de peau du côté dorsal que du côté inférieur : je fis un trou dans cette sorte de lambeau et fixai l'urèthre dans cette perforation, le nouveau méat étant ainsi distinct de la ligne de suture des téguments. »

En résumé, l'amputation sera partielle ou totale suivant l'étendue des lésions ; elle s'inspirera des circonstances, comme l'a fait si ingénieusement le professeur Morestin pour modifier ou adopter la technique habituelle. Elle ira, au besoin, jusqu'à l'émasculatation totale si la nécessité s'en impose.

CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Le cancer primitif du méat urétral est rare chez l'homme. Son étiologie est obscure. Il semble cependant que les irritations chroniques, d'origine gonococcique surtout (gonorrhée, rétrécissement), y prédisposent. Mais il s'agit là d'une simple prédisposition morbide et la cause déterminante du néoplasme est totalement inconnue.

2° Anatomiquement, c'est un épithélioma à type pavimenteux stratifié.

3° Au point de vue de sa symptomatologie, on peut lui distinguer trois phases :

Une première, insidieuse, lente, caractérisée soit par des symptômes de sténose urétrale, soit par une ulcération survenant d'emblée ou secondaire à l'évolution des pustules marginales.

Une deuxième, phase d'état (moment habituel du diagnostic clinique) caractérisée par une extension du processus néoplasique — la tumeur ulcérée débordant de bonne heure sur le gland, le rongant plus ou moins, déterminant

la production de fistules saignantes qui secrètent un ichor horriblement fétide.

Une troisième, terminale, marquée par l'infection urinaire ou la généralisation néoplasique au poumon surtout, amenant **rapidement la mort**.

4° Le pronostic du cancer primitif du meat urétral chez l'homme est toujours mauvais. Il est fatal et à brève échéance quand il est laissé à son évolution. Opéré, il récidive souvent, mais peut-on ne pas récidiver ou ne récidiver que tardivement.

5° Le seul traitement chirurgical est indiqué, il doit être aussi précoce que possible. Quel que soit le moment, il consiste essentiellement en une amputation très large en tissu sain avec exérèse des ganglions correspondants.

Vu :

Le Président de Thèse.

LEGUEU.

Vu :

Le Doyen.

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Abarran.** — Epithélioma primitif de l'urètre. *Association française de chirurgie*, 1894.
- Barney.** — Cancer de l'urètre mâle, deux cas. *Boston med. and Surgy Journal*, 1907.
- Bazy et Chevereau.** — Un cas d'épithélioma primitif de l'urètre. *Gaz. des Hôpitaux*, 1895.
- Beck.** — A case of primary squamous carcinoma of the bulbous portion of the uretra. — *Intern. clini.*, 1893, 2^e série.
- Binand et Chavannaz.** — Sur une forme singulière de cancer de l'urètre. *Association française d'urologie*, Paris, 1897.
- Carcy.** — *De l'épithélioma primitif de l'urètre prémembraneux*. Thèse de Paris, 1895.
- Devèze.** — *Cancer primitif de l'urètre*, Montpellier, 1905.
- English.** — L'épithélioma primitif de l'urètre. *Folia urol.* 1907.
- Guyon et Guiard.** — Transformation en épithélioma à marche rapide des trajets fistuleux. *Annales des org. génito-urin.*, 1896.
- Hall (Basil).** — Cancer primitif de l'urètre. *Annales of surgery*, 1904.
- Harris.** — Deux cas de cancer primitif de l'urètre. *American gyn.*, 1903.
- Hutchinson.** — Epithelioma cancer of the muc. membr. of the uretrie. *Trans. patho. Soc. London*, 1861-1862.
- Lavenant.** — Epithélioma primitif de l'urètre. *Société Anat. de Paris*, 1904, in HARTMANN, *Travaux de chirurgie anatomoclinique*, 1904.

- Lecène.** — Epithélioma de l'urètre balanique propagé au gland. *Société Anat. de Paris*, 1905.
- Legueu et Duval.** — Ablation de l'urètre antérieur chez la femme, avec urétrostomie vaginale. *Ann. des org. génito-ur.*, 1903.
- Michon.** — *Association française d'urologie*, 1911, page 342.
- Morestin.** — *Société Anat. de Paris*, 1903 et 1905.
- Ollivier et Clunet.** — Epithélioma primitif de l'urètre d'origine glandulaire. *Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, 1907.
- Peacock.** — Primary epithelioma of penile urethra. *Brit. London*, 1910.
- Percy.** — *Cancer primitif de l'urètre*, 1903.
- Preiswerk.** — *Cancer de l'urètre chez l'homme*, 1907.
- Remete.** — *Cancer primitif de l'urètre*. Budapesth, 1907.
- Soubeyran.** — Epithélioma primitif de la portion pénienne de l'urètre. *Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, 1908.
- Soullier.** — *Cancer primitif du méat de l'urètre chez la femme*. Th. Paris, 1889.
- Tanton.** — Epithélioma primitif de l'urètre chez l'homme. *Gaz. des hôpitaux*, 1910.
- Wassermann.** — *Epithélioma primitif de l'urètre*. Thèse de Paris, 1895.

200